



# 中等收入群体的“医疗焦虑”

王震

【摘要】随着医疗费用的不断上涨，当前中等收入群体仍面临医疗等支出过大的突出问题。一方面是供给侧改革滞后，激励机制扭曲、供给效率低下，另一方面保障水平不足、保障形式单一化，这些因素都导致中等收入群体在面对医疗服务和医疗支出时出现“医疗焦虑”。要按照党中央的要求，深化医药卫生领域供给侧改革，完善医疗保障制度，有效缓解“医疗焦虑”。

【关键词】中等收入群体 医疗卫生支出 家庭消费 【中图分类号】C916 【文献标识码】A

根据国家统计局最新数据，我国人均 GDP 在 2018 年达到 6.5 万元，按平均汇率计算接近 9800 美元，进入上中等收入国家。随着收入水平的提高，我国的社会结构也发生了变化，中等收入群体不断扩大，并成为社会结构中的主体人群。但是，中等收入群体作为社会结构中的“稳定器”，依然面临家庭支出上的不确定性以及由此带来的各种社会风险，导致出现“群体性焦虑”。在这些“群体性焦虑”中，医疗支出成为焦点之一。特别是因为高额医疗费用导致的家庭收入骤降、正常生活被打断等，带给社会的冲击比较大。在这样的背景下，一些极端案例往往会挑动人们的神经，成为“医疗焦虑”的爆点。

## 当中等收入群体占主体时，对医疗服务数量和质量的需求也会随之快速上升

党的十九大提出，我国社会主要矛盾已经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。中等收入群体的“医疗焦虑”正是这一主要矛盾的具体体现。随着中等收入群体成为社会主体人群，我国的家庭消费结构发生了重大的变化，包括教育、医疗在内的人力资本投资型服务的需求快速上升。但相对于需求的快速上升，供给的反应是滞后的，不仅供给总量不足，而且供给质量和供给品质也较低。这其中既有医疗服务本身“成本膨胀”的特征，也有我国医疗卫生服务供给体制改革滞后、激励机制扭曲带来的资源使用效率低下的原因。而在医疗保障方面，一方面保障水平不足，另一方面保障的多元化不足。这些因素都导致中等收入群体在面对医疗服务和医疗支出时出现“医疗焦虑”。

发展经济学的一个经验性规律是随着收入水平的提高，居民消费结构也发生变化，逐步从对衣食住行以及制造业产

品的需求为主转向对服务业的需求为主；在对服务业的需求中，对人力资本投资型服务的需求占比越来越高。而人力资本投资型服务中，医疗卫生与教育是最主要的两项。在对医疗卫生服务数量的需求上升的同时，对医疗服务的质量以及服务品质的需求也在提高。通俗讲，在低收入阶段只要“能看上病”就行；但在进入中等收入阶段后，则不仅要求“能看上病”，而且要求“看好病”；不仅要求“看好病”，而且要求服务的品质要好。从社会的一个横截面来看，相比于低收入群体，中等收入群体对医疗服务需求的数量和质量都要高出很多。因而，当一个社会中中等收入群体占主体时，对医疗服务数量和质量的需求也会随之快速上升。

但是，在医疗服务的供给方面，却存在“成本膨胀”的特征：医疗服务技术替代很难，医务人员单位产出或单位劳动生产率的变化缓慢。几十年前一位医生一上午看 20 个患者，几十年后相同专业的一位医生也不会超出多少。相比于制造业行业的生产率变化，医疗卫生服务的效率变化极其缓慢。但是医务人员的工资收入却随社会平均工资而增长。这就导致医疗服务的成本相对于制造业产品“快速膨胀”，表现在医疗费用就是医疗支出的增长速度快于其他制造业产品。从家庭最终消费支出的角度，就是家庭中用于医疗卫生服务的支出占家庭最终消费支出的比重随着收入水平的提升不断增大。

## 我国医疗卫生支出占家庭消费比例不断加大

从主要 OECD（即经济合作与发展组织）国家来看，其在发展历程中都经历了医疗卫生支出占家庭最终消费支出比重不断上升的过程。澳大利亚在上世纪六七十年代医疗卫生支出占家庭最终消费支出的比重在 4%—5% 之间，这个比例在 2012 年超过 6%，2016 年达到 6.42%；法国则从上世纪

七八十年代的2%—3%上升到2016年的4.27%；韩国在上世纪七八十年代为3%左右，2015年也上升到超过5%；美国的这个比重是最高的，从上世纪70年代的9%左右上升到2016年的21.87%。各个国家的具体数字虽然有差异，但总体趋势是医疗卫生占家庭消费支出的比重在不断上升。

从中国的情况看，总体上也呈现出这样一个趋势：城镇居民家庭消费中，用于医疗保健支出的比重，在上世纪90年代在2%—5%之间，进入2000年之后，在十几年间维持在6%左右，到2015年达到了6.7%，2017年达到7.3%，2018年上升到了8.5%。从国际间比较来看，一个国家人均GDP在8000—9000美元之间时，各国医疗卫生支出占家庭最终消费支出的比重不同。（如下表所示）

### 我国医疗卫生服务供给方改革滞后，导致激励机制扭曲与供给效率低下

中国医疗支出占家庭消费支出的比重与相同收入水平国家相比是较高的，这是中等收入群体医疗支出上产生“医疗焦虑”的主要原因之一。而医疗支出占比较高，除了上面分析的医疗服务“成本膨胀”特征外，还与我国医疗卫生服务供给体制的改革滞后有关。我国医疗卫生服务的供给以公立医疗机构为主，分为两个部分：一个部分是基层（或社区）医疗卫生服务机构，在农村包括村卫生室和乡镇卫生院，在城镇地区包括社区医疗卫生服务中心（站）；第二个部分是医院，包括三级十等医院。基层医疗卫生服务主要负责公共卫生、疾病预防、常见病诊疗、慢性病管理等；医院根据级别不同主要负责重大疾病、疑难杂症的诊疗等。

近年来，政府对医疗卫生服务的财政投入持续加大。据

2018年12月24日，财政部发布的《国务院关于财政医疗卫生资金分配和使用情况的报告》显示，2013—2017年全国财政医疗卫生累计支出59502亿元，年均增幅11.7%，比同期全国财政支出增幅高出2个百分点。在医疗卫生的财政投入中，投入到供给方的占到了52.2%，年均增长11.5%。2017年财政对公立医院的直接补助为2378亿元，比2013年增长83.3%。但是财政投入的增加并未有效遏制居民家庭医疗卫生支出的快速增长。这背后的原因则主要在于我国医疗卫生服务供给方改革的滞后以及由此导致的激励机制扭曲与供给效率低下。

首先，公立医院利用行政保护和公共资源“谋取私利”的行为依然存在。我国的公立医院通过准入管制、事业单位编制等获得行政保护，并享有土地使用、财政补贴等公共资源的使用权；但是在经营行为上，却没有将这种行政保护和公共资源转化为公益性服务，“逐利性”依然存在。其次，我国的公立医疗机构依然没有形成对医院经营和医生服务的合理的定价及薪酬机制，医院和医生还主要通过药品销售来获得部分收入，形成“以药养医”的局面，一些医院和医生偏好高价药，导致我国药品价格的扭曲，过度用药、药价“虚高”普遍存在。再次，我国基层医疗卫生机构在疾病预防、常见病诊疗、慢性病管理、转诊等方面的作用发挥有限，没有形成“全科—专科”之间合理的分工，导致大量患者涌入医院就诊，大城市、大医院的战时状态长期存在。医院就诊“排队大半天、看病几分钟”的状况长期存在，为人诟病。

上述这几个问题反映到中等收入群体中，就是对“看病难、看病贵”的体验愈发强烈。对中等收入群体而言，一方面，他们对医疗服务的需求层次随着收入增长而提升，但他们在就医过程中并未体会到医疗服务的便捷性、连续性、安全性，而是不断体会到获得合适的医疗服务面临的各种困难和障碍。


另一方面，伴随着财政医疗卫生投入的增加，居民家庭并未感受到医疗卫生支出的降低，相反在家庭消费支出中，医疗卫生支出占比却不断增大。

### 我国医疗保障水平有待提升，多层次、多元化的保障体系还未建立

从医疗卫生总费用的来源结构看，医疗卫生总费用除了个人自付的部分，还包括政府财政支出和社会卫生支出。社会卫生支出主要是

国家	医疗卫生支出占家庭最终消费支出的比重
中国	7.3% (2017年), 8.50% (2018年)
澳大利亚	5.21% (1978年)
法国	2.25% (1978年)
韩国	3.85% (1993年)
美国	10.32% (1976年)

(数据来源：OECD国家数据来源于OECD数据库，<https://stats.oecd.org/>；中国数据来源：相关年份《中国卫生和计划生育统计年鉴》)





社会医疗保险的支出。社会医疗保险通过在全社会成员内对疾病风险进行分散为参保人提供保障，是居民应对疾病风险冲击的主要制度工具。目前，我国已经建立了全民医保制度，通过城镇企业职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险两个制度覆盖全体国民。前者覆盖城镇有就业的职工，包括退休职工；后者覆盖城镇非就业的居民以及农村居民。我国的社会医疗保险制度也已经基本实现了全民覆盖，这是一个伟大的成就。但是，随着经济的进一步发展，特别是我国进入上中等收入阶段，基本医疗保险也开始显现出保障水平不足的问题。

从医疗卫生总费用的来源结构看，2017年我国医疗卫生总费用中，来自社会医疗保险的支出占到了42.32%，占据主要部分。另外，除了社会支出在卫生总费用中财政支出占到了28.91%，个人卫生支出也占到了28.77%。个人支出占比在过去二十年间从最高峰时的60%左右下降至不到30%，这个下降主要是社会医疗保险支出增加带来的。但是，与其他国家相比，我国个人支出占总费用的比例仍然偏高。2018年，我国的人均GDP是9800美元。在这个收入阶段，对标同样是医疗保险为主的国家德国，1978年德国人均GDP为9400美元，在其医疗卫生总费用中来自个人支付的比例只有10.67%。即使是私立医疗保险占主体的美国，在1978年个人卫生支出占比也只有26.67%。在2016年，医疗卫生费用最为高昂的美国，其个人支付的费用也只占11.06%。从这个角度，作为全民医保的国家，我国社会保险支出占医疗卫生费用的比例仍有很大的提升空间。

除了医疗保险的保障水平有待提升外，我国医疗保障体系存在的另一个问题是保障模式的单一性，多层次、多元化的保障体系还未建立。进入上中等收入阶段，中等收入群体成为社会主体，他们的需求呈现多元化、多样化的特征。在医疗保障上也是如此，需要多元化、多样化的保障。我国的社会医疗保险体系在满足多元化的保障需求上缺乏灵活性。这对于中等收入群体而言，他们的一些保障需求就难以满足。

医保体系存在的第三个方面的问题是治理能力不足，没有充分发挥医疗保险基金作为最大的购买方的集团购买优势，引导医疗服务供给方的改革。医疗保险除了分散疾病冲击风险外，一个主要的职能是代表全体参保人集体购买服务，并通过集体购买约束供给方的行为，提升供给方的效率。但我国医疗保险的治理能力仍然较弱，在医疗费用支付上“被动”支付多，主动引导控费以及效率提升的能力低。这也导致虽

然医保基金支出不少，但基金使用效率低下、参保人的满意度不高。

## 深化供方改革，完善医保制度，缓解“医疗焦虑”

解决中等收入群体的“医疗焦虑”，首先应该认识到医疗服务需求的增长以及医疗支出占消费支出比重的增加是经济社会发展的必然趋势，要正视和解决这个问题。其次，应该在供给侧的改革上下功夫，提高医疗卫生服务的供给效率；同时，也应该在医疗保障制度的完善上下功夫，提升医疗保障水平，构建多层次、多元化的医疗保障体系。

在医疗卫生服务供给侧改革上，我国自2009年新一轮医改以来，取得了不少进展，但一些“顽疾”、一些深层次的问题依然存在。这些深层次的问题是导致我国当前居民家庭医疗卫生支出增长过快的主要原因。要深入推动医疗服务供给侧的改革，一是要深入推进公立医院改革，破除公立医院利用行政保护和公共资源“谋取私利”的逐利性，同时放开社会办医，形成多层次、多元化、有序竞争的医疗服务供给格局。二是要重构基层医疗卫生服务的治理机制，形成全科与专科、社区与医院之间合理的分工，构建分级诊疗体系。三是彻底破除“以药养医”，分离医院、医生收入与药品销售之间的关系，实现医药分开。构建合理的医生收入与薪酬机制。

在医疗保障体系建设上，在巩固全民医保的基础上，要充分考虑到进入中等收入阶段后中等收入群体的保障需求，一是要逐步提升基本医保的保障水平。二是要构建多层次、多元化的保障制度，满足中等收入群体多样化的保障需求。这不仅要求基本医保要有充分的灵活性，而且要大力发展商业健康保险，以及推动各种各类社会互助的保障模式。而且基本医保作为最大的医疗服务付费方，要提升治理能力，充分发挥医疗保险对医疗服务供给方的引导和约束，提高医保基金的使用效率。人民文摘

(作者为中国社会科学院经济研究所公共经济学研究室主任、中国社会科学院公共政策研究中心副主任、中国社会科学院经济研究所研究员)

### 【参考文献】

①《习近平为何如此重视这个世界第一？》，央广网，2017年12月27日。

责编/贾娜 美编/宋扬